

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932.

N° _____

THÈSE

104

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris le 1532

PAR

Symcha KON

Né à Varsovie, 1903

La Césarienne Abdominale dans l'Eclampsie

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBRUGE, 45

—
1932

LA CÉSARIENNE ABDOMINALE
DANS L'ÉCLAMPSIE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932.

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

Symcha KON

Né à Varsovie, 1903

La Césarienne Abdominale dans l'Eclampsie

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE, 45

1932

LE DOYEN M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLENC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDZAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

II.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉARNARD Henri	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDARY D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
NOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.

II.	
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDON	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PINDELIVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

III.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEBOUX	Anatomie pathologique.

III.	
NEVEU-LENAIRE	Parasitologie.
RETTENET	Histologie.
ZIMMER	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

IV.	
ABRAVI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
DASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

IV.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire .

FREY
CHAILLEY-BERT
LEDOUX-LEBARD
WEIL-HALLÉ

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.
Éducation physique.
Radiologie clinique.
Pédiatrie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de reconnaissance et
d'amour filial.*

A MES SOEURS ET FRÈRES

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS ET COLLÈGUES D'ÉTUDES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant de l'honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence de
cette thèse qu'il m'a inspirée, après m'a-
voir permis de bénéficier de son lumi-
neux enseignement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Sous le nom d'éclampsie puerpérale, on entend une affection observée pendant la grossesse, pendant l'accouchement, plus rarement après la délivrance, et caractérisée par des accès convulsifs, le plus souvent à répétition, suivis d'un état comateux, d'intensité et de durée variables.

Cet état convulsif est la manifestation d'une accumulation de substances toxiques dans l'organisme.

L'éclampsie, a dit le Professeur Bar, est la maladie des hypothèses, l'éclampsie est aussi une maladie à surprises, et à surprises plutôt désagréables (Tarnier).

Il n'est pas possible, jusqu'à présent, de faire un pronostic de sa marche.

Le nombre des travaux parus, concernant l'étiologie, la pathogénie et le traitement de l'éclampsie est considérable.

Un auteur a dit qu'elle était la maladie des théories ; c'est vrai. Bien des hypothèses ont été émises à son sujet et son traitement est très discuté.

Cependant, les résultats thérapeutiques actuels sont meilleurs pour la mère et pour l'enfant, qu'ils n'étaient au siècle dernier.

Le traitement de l'éclampsie est considéré actuellement comme une des plus importantes questions de l'obstétrique. La mortalité provoquée par cette maladie ne cède qu'à celle causée par la fièvre puerpérale et, dans certains pays, la dépasse encore.

En réunissant toutes les statistiques publiées tant en France qu'à l'étranger, on arrive aux résultats suivants : 1.491 cas d'éclampsie pour 390.568 accouchements, soit 1 cas d'éclampsie pour 261 accouchements.

Le Professeur De Lee, dans son œuvre célèbre « *Principis and practice of Obstetrics* » (4^e éd. 1925), nous apprend qu'aux Etats-Unis d'Amérique, 6.000 femmes meurent annuellement d'infection, 5.000 d'éclampsie, et 4.000 d'hémorragie ; mais le nombre des enfants et des fœtus qui périssent à la suite d'infection est bien moindre que celui des mères, tandis que l'éclampsie nous donne un pourcentage d'enfants morts dépassant de beaucoup celui des mères.

De Lee croit que presque la moitié des enfants périssent d'éclampsie.

C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, ce nombre dépasse annuellement 12.000 cas.

Thomas Watts Eden et Janet Compbell affirment la même chose pour l'Angleterre et le pays de Galles. T.W. Eden constate que 620 mères (24 %) y meurent annuellement et que la mortalité des enfants y est de 46 % (presque 2 fois plus). Janet Compbell nous dit qu'en 1922, 1.079 femmes sont mortes d'infection puerpérale et 550 d'albuminurie puerpérale et de convulsions. Comparant le nombre des

enfants morts à la suite de cette maladie, à celui des mères mortes par l'éclampsie, nous voyons que la mortalité des enfants est plus grande.

A titre de comparaison, voilà les chiffres donnés par les auteurs français :

	MORTALITÉ	
	maternelle	foetale
Tarnier, sur 52 cas	32 %	32 %
S. Ribemont-Dessaigne et Lepage	25 %	45 %
Bar, Brindeau, Chamberlent	30 %	60 %
Dubrysay et Janin, en réunissant plusieurs statistiques	25 %	50-77%

PATHOGÉNIE

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'histoire de cette maladie ; nous voulons, après avoir discuté brièvement les principales théories émises, essayer de tirer des conclusions pratiques concernant le traitement en comparant les résultats obtenus par les diverses méthodes.

— La théorie nerveuse. Pour Jacquemin et Mme Lachapelle, l'éclampsie était une névrose et ces auteurs l'appelaient d'ailleurs épilepsie puerpérale. Mais actuellement, cette théorie n'a pu être retenue, et est complètement abandonnée.

— L'abondante albuminurie de l'éclampsie a amené les auteurs à considérer l'éclampsie comme due à une insuffisance rénale. En effet, l'apparition plus fréquente de cette affection au cours de la saison froide et à la suite d'écarts de régime a pu faire rapprocher l'éclampsie des néphrites aiguës. Mais l'anatomie pathologique ne peut pas confirmer cette théorie. Les lésions qu'elle montre, quoique presque constantes, sont le plus souvent assez légères et elles ne suffisent pas à expliquer la gravité de la maladie.

— L'étude des différentes glandes à sécrétion

interne a permis à de nombreux auteurs de soutenir diverses théories, c'est alors qu'a été étudiée par divers auteurs et par le Professeur Pinard, en particulier, la théorie hépatique ou hépatotoxémie, mais ces études, comme celles des insuffisances du corps thyroïde, des parathyroïdes, des surrénales et du corps jaune n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

La théorie mammaire a même amené en Allemagne à faire des amputations des seins, opérations qui, de l'avis de tous les auteurs, sont des mutilations absolument inutiles. Toutes ces théories endocrinienne ne semblent pas fondées sur des bases solides. En effet, les lésions organiques observées sont inconstantes et, lorsqu'elles existent, elles paraissent déterminées par l'éclampsie elle-même, ou par l'état prééclamptique, et constitueraient peut-être alors, une cause prédisposante mais non déterminante de la crise.

La théorie toxique de l'éclampsie a donné des résultats plus intéressants et l'expérimentation l'a confirmée. Car il existe dans le sérum de la femme éclamptique un poison circulant. L'injection de ce sérum à des animaux a permis de reproduire des phénomènes éclamptiques. Pour Bar, tandis qu'il faut injecter 9 à 10 cc. de sérum de femme enceinte normale pour tuer 1 kilo de lapin, il suffit de 3 à 4 cc. de sérum d'éclamptique. Plus récemment, Lévy-Solal et Tzanck ont trouvé dans le sang d'éclamptiques deux principes nocifs : un poison banal capable de tuer l'animal sans engendrer d'accès d'é-

clampsie, et un poison essentiellement convulsivant, qui donne des crises, rappelant par tous les points, l'éclampsie et rapidement mortel.

L'apparition du syndrome éclamptique, si particulier chez les femmes enceintes, sa disparition habituelle après l'expulsion de l'œuf, ont donné à penser que la cause première de la maladie doit être recherchée dans l'œuf même.

La théorie placentaire reste seule debout, depuis que Hitzmann, Frey et d'autres ont constaté l'éclampsie dans des cas de môle vésiculaire sans fœtus, ou chez des malades avec un fœtus mort et macéré depuis un certain temps avant la première attaque.

M. Maurice Brouha (Liège) cite le cas d'une femme qui, après un retard des règles de 5 mois, présente des crises éclamptiques typiques, qui amènent rapidement un état si grave, qu'elles entraînent l'auteur à pratiquer l'hystérectomie vaginale. Il s'agissait d'un *môle vésiculaire insoupçonné compliqué d'éclampsie*. L'auteur rappelle à ce sujet l'existence signalée par Jeannin, de grossesses môleaires dans lesquelles la perte de sang n'existe pas, ou est réduite à un minimum, mais, dans l'évolution desquelles les manifestations toxiques se dressent au premier rang et revêtent l'image clinique de l'éclampsie.

Il est donc probable que le facteur essentiel de l'éclampsie est dans le placenta, soit que ce dernier agisse par une sécrétion interne exagérée, soit parce que la toxicité de ces villosités est supérieure à la réaction des antitoxines, soit parce que les albumines

placentaires donnent lieu à une sensibilisation de l'organisme maternel, etc., etc... De toute façon, le placenta est indispensable à l'élaboration de la toxine éclamptique, dont les effets seront plus nocifs, si les émonctoires de la mère ont souffert d'une altération fonctionnelle qui pourrait bien être attribuée, elle aussi, dans quelques cas, à l'élimination des produits de désagrégation fœtale.

Le meilleur argument en faveur de l'origine placentaire, disent H. Vignes et J. Dauphin, *est que l'éclampsie cesse quand le placenta cesse d'être dans l'utérus.*

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE

« Personne, absolument personne, ne sait comment va finir une éclampsie gravidique convulsive qui commence et qui est traitée par les méthodes thérapeutiques ordinaires, mais si, dans l'éclampsie des derniers mois de la grossesse, on pratique l'évacuation chirurgicale précoce de l'utérus, on a la presque sécurité de sauver la vie de la mère et de l'enfant. »

LLAMES MASSINI.

Au cours des 25 dernières années, certains traitements, en rapport avec les théories émises concernant l'étiologie de cette maladie, ont été préconisés. Nous n'en parlerons pas, car la plupart ont déjà été abandonnés.

Actuellement, nous trouvons encore les partisans du traitement actif, les partisans du traitement symptomatique, enfin, tenant le juste milieu, les partisans d'un traitement actif ou symptomatique, suivant le cas et les conditions dans lesquelles ils se présentent.

Le procédé actif consiste à vider l'utérus le plus rapidement possible. Il y a trois méthodes pour vider rapidement l'utérus.

1° La dilatation rapide du col de l'utérus.

2° La césarienne vaginale.

3° La césarienne abdominale.

Nous allons discuter brièvement les principaux traitements et tirer une conclusion pratique. Avant de parler du traitement, nous allons dire quelques mots sur le traitement prophylactique si important dans l'éclampsie.

Traitement prophylactique

L'éclampsie est le plus souvent une complication évitable. Si la femme enceinte est convenablement surveillée, si dès les premiers symptômes d'auto-intoxication, elle est soumise à un régime sévère, les convulsions éclamptiques peuvent être évitées dans la grande majorité des cas.

Tarnier dit n'avoir jamais vu éclater les crises d'éclampsie chez les malades soumises pendant 8 jours au moins au régime lacté absolu. Les urines de chaque femme enceinte doivent être examinées, et quand elles renferment de l'albumine, la malade doit être soumise au régime lacté. Mais cela ne suffit pas, nous ajouterons que la pression artérielle de toute femme enceinte doit être contrôlée souvent. Normalement, la femme enceinte a une pression artérielle basse, aussi, quand le chiffre s'élève, au cours des examens successifs, il faut, même en l'absence de tout autre symptôme, soumettre la patiente au régime lacto-végétarien et, au besoin, si la pression ne baisse pas, à la diète hydro-lactée. On ne saurait trop insister sur l'importance qu'ont ces mesures du

chiffre de la pression artérielle pendant la grossesse. L'hypertension artérielle est, au premier chef, un signe avant-coureur de l'éclampsie. L'hypertension permanente est un signe de haute gravité, elle fait présager des complications redoutables.

Lorsque la crise d'éclampsie est constituée, l'indication la plus formelle et la plus absolue est de terminer l'accouchement le plus rapidement possible. Cette indication se pose, quelque soit l'âge de la grossesse, étant donné surtout que l'éclampsie est plus généralement l'accident des derniers mois de la grossesse.

En attendant de pouvoir réaliser l'accouchement dans les conditions que nous indiquerons, on peut essayer de calmer l'intensité des crises et de mettre la malade dans une meilleure situation pour les supporter. Après avoir protégé la langue contre les morsures profondes que peuvent lui imprimer les arcades dentaires, on doit essayer de donner du chloral à haute dose. Le chloral sera donné soit par la bouche, ce qui est souvent difficile à cause de l'état de la malade, soit en lavement. Il pourra être prescrit à doses très élevées : 10 à 20 gr. par 24 heures, et on emploiera comme excipient pour le donner en lavement du lait et un jaune d'œuf, afin d'éviter l'action irritante sur la muqueuse rectale. Le lavement de chloral sera précédé d'un grand lavage évacuateur de l'intestin. Si, entre les crises, la malade est capable d'absorber quelque chose, on lui donnera de l'eau lactosée. La saignée est très généralement employée. Ses avantages consistent à diminuer

la pression artérielle et à éliminer une partie des toxines renfermées dans l'organisme. Aussi, certains accoucheurs ont-ils conseillé des saignées massives. Il faut, d'autre part, terminer l'accouchement le plus rapidement possible, et les interventions que l'on peut être amené à pratiquer sont souvent elles-mêmes une cause de spoliation sanguine assez importante. Il arrive quelquefois qu'après une saignée copieuse et un accouchement ayant déterminé une perte de sang supérieure à la normale, on est obligé de traiter la malade pour des accidents d'anémie aiguë. S'il y a nécessité, nous pensons qu'il peut être indiqué de pratiquer une petite saignée de 500 gr.

Tant que l'accouchement n'est pas terminé, tous les traitements médicaux utilisés sont d'un effet illusoire.

Traitement symptomatique

Comme l'éclampsie est une des complications les plus graves de la gestation, puisque abandonnée à elle-même, elle donne plus de 30 % de mortalité maternelle et plus de 40 % de mortalité fœtale, et comme il n'est pas possible de faire à son début un diagnostic différentiel entre la forme bénigne et la forme grave, tous cas d'éclampsie doit être traité comme s'il était de la plus grande gravité.

En conséquence, le traitement devra tendre, dès le premier instant, à combattre la cause originaire

de la maladie, *en la neutralisant ou l'éliminant précocement.*

Dans l'immense majorité des cas, la neutralisation par la méthode de *Zweifel-Stroganoff*, qui consiste en une saignée, en injection de morphine, en lavements d'hydrate de chloral avec isolement, repos et bains, n'est pas obtenue, surtout quand apparaissent les signes prééclamptiques, comme nausées, céphalées, troubles oculaires et forte hypertension, qui indiquent une intoxication de l'organsime.

Le mal s'étend, causant des dégâts viscéraux chez la mère, qui ne seront que très difficilement réparés ; on obtient quelquefois des améliorations au prix de la vie de l'enfant, qui meurt avant de naître, ou qui naît vivant pour mourir aussitôt, dans des convulsions éclamptiques pour n'avoir pas été soustrait à temps à l'action du poison qui circulait dans le sang maternel.

Traitement de l'éclampsie par dilatation rapide du col de l'utérus

La dilatation bimanuelle de Bonnaire, la dilatation de Bossi, la dilatation par la méthode de Delmas ont leurs partisans. Mais les différentes méthodes nous montrent que la dilatation n'est souvent obtenue qu'au prix de déchirures. Elles peuvent s'étendre et devenir une cause de complications graves : hémorragies et infections. D'autre part, la dilatation artificielle et rapide du col n'est pas souvent suffi-

sante pour l'extraction de la tête fœtale. Si on a affaire à un fœtus à terme et de taille moyenne, cette extraction risque d'agrandir les petites déchirures dues à la dilatation artificielle et de les étendre vers le segment inférieur. La cicatrice laissée sur le segment inférieur après césarienne basse est beaucoup moins grave que celle laissée par de gros délabrements du col et des culs-de-sac. De tels délabrements forceront très probablement à avoir recours à la voie haute pour tous les accouchements subséquents, tandis que nous pouvons toujours espérer des accouchements spontanés après césarienne basse.

En se rapportant à l'observation N° 1 « *A propos d'un cas d'éclampsie grave traité par la césarienne supra-symphysaire après échec de la méthode de Delmas* », nous voyons que la méthode de Delmas, qui consiste en une dilatation du col sous rachianesthésie, échoue souvent. Il semble que le poison éclamptique puisse agir sur le muscle utérin pour déterminer des zones de contraction plus ou moins localisées. Dans cette observation, le Docteur Pasiels a nettement l'impression d'un spasme de l'orifice interne plutôt que d'une rigidité tissulaire et cette impression a encore été renforcée par la difficulté éprouvée à extraire l'épaule, au point même, qu'on est conduit à envisager la nécessité de prolonger la section sur le corps utérin même.

Lors de la réunion obstétricale de Montpellier, Col de Carrero et Bremond ont signalé un cas à peu près semblable. Il s'agissait, il est vrai, d'une primipare éclamptique à sept mois de gestation. La ra-

chianalgésie n'a pas exercé son action paralysante sur le col et les opérateurs se sont trouvés aux prises avec un orifice interne, siège d'un spasme qui semblait bien dû à un phénomène musculaire actif et non à une rigidité musculaire. Ils ont fini par une dilatation à la Bonnaire qui, arrivée à l'ouverture entre une petite et une grande paume, a délabré le col qui s'est comme clivé en deux couches dont l'interne s'était rompue. Trop de manœuvres avaient été pratiquées pour tenter une césarienne basse, l'enfant, de plus, venant de succomber. Terminaison par basiotripsie.

Brémont signale avec Vallois une extraction extrêmement pénible chez une éclamptique dont le col cependant s'était spontanément ouvert. Le fœtus extrait après basiotripsie présentait autour du thorax un sillon profond déterminé par un anneau de contraction situé un peu plus haut que l'orifice utérin. De tels anneaux ont été notamment bien décrits par Demélin.

D'autre part, la dilatation artificielle de la vulve, du vagin, du col de l'utérus et l'application de forceps, qui sont les interventions les plus connues pour finir un accouchement chez les éclamptiques, sont des ocytociques par excellence. Le forceps est considéré comme excitateur puissant par le réflexe qu'il détermine, non seulement lorsqu'on l'applique et qu'on le laisse en permanence, mais très particulièrement quand les tractions sont exercées sur lui.

Voilà pourquoi chaque fois que le travail n'est pas proche de sa fin, on doit procéder à l'accouche-

ment chirurgical, mais il est indispensable, pour que le succès soit complet, que son élimination soit précoce et produite au moyen de procédés qui n'excitent pas la contraction de l'utérus.

Les accoucheurs, qui ont pour ligne de conduite d'individualiser le cas, s'accordent pour dire que, dans les cas graves, le traitement actif donne des résultats sensiblement supérieurs à ceux du traitement conservateur (Obs. N° 2 et N° 3).

Nombreux sont les accoucheurs, qui se déclarent franchement contraires au traitement chirurgical ; il y en a qui y consentent après avoir épuisé toutes les ressources médicales.

Erreur fondamentale : l'opération césarienne dans l'éclampsie doit être employée pour effectuer *l'évacuation utérine précoce* en supprimant l'accouchement.

Si l'opération ne supprime pas l'accouchement et n'est pas précoce, elle n'offre pas d'avantages sur un autre procédé thérapeutique quelconque, car les convulsions éclamptiques et les contractions utérines auront facilité une telle invasion d'albumine placentaire dans la masse sanguine maternelle et fœtale, que si le coefficient de toxicité est élevé, l'opération césarienne sera inutile, tout comme serait inutile n'importe quelle autre méthode non chirurgicale.

Le but de l'évacuation chirurgicale précoce est de supprimer l'irruption de nouvelles quantités de poison dans le torrent sanguin, but qui se trouve atteint par la suppression de l'accouchement et ses

contractions, et par la suppression du facteur principal de la maladie, l'œuf, et particulièrement le placenta.

Brandt remarque que le traitement par la césarienne abdominale sauve parfois des malades chez lesquelles le traitement symptomatique s'est montré impuissant. Nous retrouvons le cas dans l'observation N° 2, où la femme, malgré le chloral et une large saignée, continue à avoir les crises convulsives sans aucun début du travail. Vu la gravité du cas, on intervient par la césarienne abdominale. Après l'opération, les crises se sont arrêtées, mais l'enfant était mort.

Traitement de l'éclampsie par la césarienne vaginale

La césarienne vaginale a des avantages considérables sur les procédés précédents. Elle supprime, en effet, par la section, l'obstacle sur toute la hauteur du canal cervico-segmentaire. Elle est véritablement l'opération de choix pour les interventions rapides. Elle impose, cependant, quelques conditions : au premier rang, se placent les deux suivantes :

1° L'ampliation du segment inférieur doit être complète, sinon l'incision sera trop petite. Il faudra faire un effort pour extraire le fœtus ; cette manœuvre est toujours aveugle et risque d'entraîner de

graves complications et en particulier l'extension de l'incision par une déchirure.

2° L'enfant ne doit pas être trop volumineux. Le volume de l'enfant est d'une très grosse importance, car si de petits enfants passent sans difficultés, l'extraction des gros enfants peut être la cause de gros ennuis, même dans le cas où le segment inférieur est bien formé et ou, par conséquent, on a pu pratiquer une incision longue. Dès que l'enfant est de poids normal, c'est-à-dire de 3 kg 200, on peut dire qu'il est gros. Une erreur de jugement rend l'opération parfois malheureuse. Si l'une des contre-indications apparaît, il faut recourir à la césarienne abdominale basse.

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PAR LA CÉSARIENNE ABDOMINALE

Césarienne abdominale basse

La césarienne basse ou syprasymphysaire est pratiquée à l'étranger depuis de longues années, et ce sont les publications des résultats de cette opération qui ont incité certains auteurs français à pratiquer cette opération. Le Professeur Brindeau a été le premier à l'étudier et à la pratiquer en France. Les accoucheurs français qui ont un peu résisté au début à cette invasion de la césarienne basse se sont rendu compte des avantages incontestables de cette opération. Ce sont surtout les publications du Professeur Brindeau et Schikelé qui ont permis d'apprécier la valeur réelle de cette opération.

Et depuis, la césarienne basse est devenue une opération courante dans la pratique de l'accouchement en France.

La technique opératoire employée en France est celle de la césarienne basse transpéritonéale — procédé de Kronig-Beck.

Le principe est le suivant : Incision verticale de la paroi abdominale ; incision transversale du péritoine viscéral ; décollement du péritoine qui re-

couvre le segment inférieur ; section verticale du segment inférieur ; extraction du fœtus et du placenta ; suture de la plaie utérine au catgut ; rabattement du lambeau péritonéal au-dessus de la plaie utérine ; fermeture de la paroi sans drainage.

Un élève de M. le Professeur Brindeau a résumé dans une thèse récente les statistiques de ces dernières années. Si l'on joint à ses chiffres ceux de toutes les dernières publications et si l'on fait abstraction de séries heureuses, comme celle de Porenta (112 cas sans décès) et de Lée (948 cas avec 8 décès), on constate que la mortalité de la césarienne basse oscille entre 2,14 % (von Ammon portant sur 4,175 cas) et 3,7 % (Winter portant sur 3,554 cas).

La mortalité après la césarienne basse est donc moins élevée que celle de l'opération classique. Cette mortalité varie selon les statistiques de 2 % à 4 % pour les cas impurs, alors que la mortalité après la césarienne classique pour les mêmes cas, est de 10,7 %. En parlant de pronostic éloigné de la césarienne basse, le professeur Brindeau dit : « Le pronostic éloigné de la césarienne basse est moins grave que celui de la césarienne corporéale. La cicatrice, plus élastique, est de meilleure qualité. Elle se rompt rarement lors d'une grossesse ultérieure. »

Les adhérences séreuses sont exceptionnelles ; elles n'intéressent presque jamais l'intestin. Les fistules cutanées n'existent pas ; quant aux fistules vésicales, elles sont rares. Les grossesses ultérieures évoluent généralement bien, les femmes peuvent subir l'épreuve du travail sans grand danger. L'opéra-

tion césarienne basse itérative est assez simple ; tout au plus sera-t-on gêné par des adhérences de l'ancienne cicatrice à la paroi ou à la vessie. Le Professeur Brindeau donne en 1922, 14 cas avec 9 cas impurs, 5 femmes avaient de la fièvre, 2 autres avaient subi des essais de forceps. Une seule femme mourut de péritonite en 48 heures.

En étudiant la statistique ci-dessous, nous pouvons nous rendre compte de la grande extension de la césarienne abdominale basse dans le service du Professeur Brindeau.

Années	Cés. basse	Cés. haute
1924.....	22	44
1925.....	49	9
1926.....	54	1
1927.....	41	4
1928.....	70	2
1929.....	65	0
Total	301	60

On pratique au total, depuis 1924 jusqu'à fin 1929, 301 césariennes basses et 60 césariennes hautes.

Sur les 301 césariennes, on a eu 7 morts, soit 2,33 %.

La mortalité infantile est de 15, soit 5 % (enfants morts-nés ou morts après l'opération dans le service).

Depuis, plusieurs travaux sont apparus en France sur la césarienne basse (Thèses de Desouby, Engelhard, Marrassi, Perrier, Rubin).

La césarienne basse occupe une place considérable dans la chirurgie obstétricale et elle s'est substituée à la césarienne classique pour la plupart des indications de cette dernière.

Notre Maître, M. le Professeur Brindeau, a bien voulu nous confier 4 observations d'opération césarienne basse au cours d'éclampsie.

Dans les 4 cas (Observations N^{os} 4, 5, 6, 7), il s'agit de primipares, qui ont présenté des crises d'éclampsie, ou des signes nets d'éclampsisme : forte hypertension, albuminurie massive, rétinite albuminurique, amaurose. L'intervention a donné de brillants résultats : 4 mères et 4 enfants vivants.

Les partisans les plus fidèles du traitement de l'éclampsie par la césarienne abdominale sont les professeurs Liepmann (de Berlin), Walthardt (de Zurich) et Llamas-Massini (de Buenos-Ayres), etc.

En se basant sur la théorie placentaire, ils considèrent la prompte évacuation de l'utérus comme la meilleure méthode du traitement de l'éclampsie. A la clinique obstétricale Universitaire de Zurich, l'éclampsie des femmes enceintes et des parturientes est traitée exclusivement par la délivrance précoce, c'est-à-dire qu'aussitôt après l'apparition du premier accès éclamptique, la grossesse, ou l'accouchement sont terminés par intervention : opération césarienne en absence de dilatation, extraction par voie naturelle si l'orifice du col est suffisamment dilaté.

En Allemagne, les accoucheurs, partisans du traitement par la césarienne abdominale, ont les résultats suivants : Ruge II, sur 354 cas, a une morta-

lité de 19 %. Pour Stoeckel, l'éclampsie est d'autant plus grave et conduit d'autant plus sûrement à la mort que sa durée est longue, en conséquence, il recommande de terminer l'accouchement le plus rapidement possible. Il a une mortalité de 8,4 %. Ed. Martin a les mêmes idées, il a une mortalité de 9 %.

Voilà ce que dit Essen Möller : Même si l'accouchement a eu lieu très vite, après le premier accès, il n'est pas sûr que la malade était délivrée au début de la maladie. Si nous prenons la décision d'interrompre la grossesse pendant *l'éclampsisme*, le nombre des accès éclamptiques diminuera. C'est de cette manière qu'on doit essayer de résoudre le problème aussi difficile qu'intéressant du traitement de l'éclampsie. Il appuie cette manière de voir sur 30 cas où il a interrompu la grossesse, le résultat maternel est de 0 % de mortalité. 7 fœtus sont morts (23,3 %), mais en ne comptant que ce qui pesait 2.000 gr. et au-dessus, la mortalité fœtale est de 5 %.

Le Professeur Paneuf qui, comme Essen Möller, tend à supprimer l'accouchement par la césarienne et à éviter l'attaque convulsive, a un résultat brillant : 50 opérations césariennes chez des femmes pré-éclamptiques, sans aucune mortalité !!

Ces résultats dépassent les meilleurs connus jusqu'à présent, aussi bien avec le traitement actif qu'avec un traitement symptomatique.

Llame-Massini, se basant sur 92 observations, revient à la conclusion suivante : Pour que l'évacuation chirurgicale constitue, dans l'éclampsie, une méthode sûre, elle doit être effectuée précocement

et non tardivement. Seules les malades traitées précocement et chirurgicalement donnent une statistique blanche pour la mère et pour l'enfant. C'est ce que démontre le tableau suivant :

Traitement chirurgical pendant la gestation ou au début de l'accouchement, avec fœtus vivant.

Nombre d'attaques avant l'intervention	OPERATIONS	Mère	Enfant
12	Césarienne abdom.	Vivant	Vivant
1	» vag.	»	»
Plusieurs	» vagin.	»	»
4	» abdom.	»	»
2	» abdom.	»	»
Plusieurs	» abdom.	»	»
3	» vagin.	»	»
Plusieurs	» abdom.	»	»
7	» abdom.	»	»
Plusieurs	» abdom.	»	»
4	» abdom.	»	»
9	» abdom.	»	»
8	» abdom.	»	»
2	» vagin.	»	»

Total : 14 opérées ; avec 0 % de mortalité maternelle et fœtale.

Voyons maintenant quelle est la mortalité dans l'éclampsie traitée par l'opération césarienne par quelques accoucheurs nord-américains qui ne sont pas partisans décidés de cette méthode : Prof Aza B. Davis, de New-York : 22 % de mortalité ; Prof. Howard H. Kane, de Washington, 30 % ; Prof. E. L. King, de Nouvelle-Orléans : 32,6 % ; Docteur W. E. Weitz, 42,7 %, etc, etc... Zweifel, en utilisant le traitement chirurgical a une mortalité de 18,5 % (8,5 %

avec le traitement conservateur), Heinhein, de 23,3% (7 % avec le traitement conservateur).

L'explication de la différence si grande que l'on constate entre les différentes statistiques provient de ce que la césarienne abdominale n'a pas été employée par tous les auteurs dans les mêmes conditions. En effet, certains auteurs vident l'utérus précocement dans tous les cas, d'autres finissent par chercher dans l'opération césarienne une espérance de dernière heure, alors qu'ayant épuisé toutes les ressources médicales, ils voient la malade presque en état préagonalique.

Certes, l'indication d'intervenir immédiatement après le premier accès convulsif ne constitue pas une contre-indication d'opérer les malades qui ont souffert déjà de convulsions répétées. Quelquefois, on a pratiqué la césarienne abdominale, alors que la malade était dans un profond coma, après plusieurs accès, et on a obtenu de brillants résultats.

Nous ne croyons pas, non plus, comme le soutiennent Phaneuf. Essen Möller et d'autres, qu'il faille opérer avant qu'éclate la première convulsion. Une intervention aussi systématique peut donner lieu à l'emploi du traitement chirurgical pour quelques malades susceptibles de guérir sans lui.

Dans la prééclampsie, il nous semble que la méthode la plus logique et la plus prudente est d'instituer un traitement médical accompagné d'une expectation armée pour intervenir chirurgicalement aussitôt qu'apparaîtra la première convulsion.

Un joli exemple nous est fourni par l'observa-

tion de Van Gauwenbergh (Observation 8). Cet auteur nous raconte l'histoire d'une femme traitée énergiquement pour albuminurie, vomissements fréquents, maux de tête et tension 17-9 au Vaquez, dont l'état s'est aggravé malgré tout, et qu'il a opérée par césarienne abdominale devant l'imminence de l'éclampsie. Les suites opératoires furent absolument apyrétiques. Mère et enfant bien portants.

Dans l'étude qui précède, nous avons démontré la non valeur des différentes méthodes d'accouchement par dilatation rapide du col de l'utérus, l'insuffisance du traitement symptomatique, et nous pouvons déduire la conclusion fondamentale suivante :

La suppression de l'accouchement par l'opération césarienne abdominale précoce dans l'éclampsie des derniers mois de la gestation, avec fœtus vivant, est le traitement qui donne le plus de sécurité pour la vie de la mère, et pour la vie de l'enfant.

Comment allons-nous procéder en présence d'une femme éclamptique ? 2 circonstances sont à envisager :

1° La crise d'éclampsie éclate chez une femme qui n'est pas à terme.

2° La crise d'éclampsie accompagne ou déclenche le travail.

I. — Il s'agit d'une femme à terme ou près du terme, qui n'est pas en travail ou dont le travail est à peine commencé.

a) Si l'enfant est vivant, la césarienne abdomi-

nale permettra d'avoir un enfant vivant et donnera à la mère le maximum de sécurité.

b) Si la grossesse est trop loin du terme pour que l'enfant soit viable, ou si l'enfant est mort, ou si les membranes sont rompues depuis un certain temps, on pratiquera la césarienne vaginale pour extraire le fœtus.

II. — La crise d'éclampsie accompagne ou déclanche le travail.

Si les conditions de dilatation du col le permettent, si on a la conviction que l'enfant passera facilement, on pratiquera un forceps sur un enfant vivant ou une embryotomie sur un enfant mort.

Il ne faut pas, chez une éclamptique, faire une intervention sur le col insuffisamment dilaté, à cause des risques considérables de déchirures que l'on fait courir à la malade. Mais il faut, par contre, se rappeler que chez les éclamptiques le travail est parfois particulièrement rapide.

Lorsque l'accouchement est terminé, il faut soumettre la malade au régime hydrique, puis hydro-lacté, en surveillant journellement la pression artérielle. Il faut surveiller ces malades de très près et ne rassurer complètement leur entourage que quand la pression artérielle est devenue normale et que les accidents ont complètement disparu.

OBSERVATION N° 1

par le Docteur P. Pastiels, de Bruxelles

A propos d'un cas d'éclampsie grave traité par la césarienne supra-symphysaire après échec de la méthode de Delmas.

Il s'agissait d'une secundipare de 30 ans, Céline P..., femme forte et solide maraîchère. Son premier accouchement s'est passé sans encombre, huit ans auparavant. Le 8 juillet 1929, à 5 heures du matin, brusquement, se déclarent des crises éclamptiques d'emblée très violentes et, aux dires du médecin appelé d'urgence, ayant plongé très rapidement la malade dans le coma. Inutile d'ajouter que cette femme, arrivée au huitième mois et demi de grossesse, n'avait consulté aucun médecin.

Elle est amenée dans le service à 10 heures du matin. Coma profond. Pouls 112-116. Respiration 12 au quart. Pression sanguine au Pachon 12/18.

La malade est au huitième mois et demi de gestation.

Fœtus vivant, en O. I. G. P.

Col utérin épais, ni effacé, ni dilaté, présentation très haute. Poche eau intacte.

Pas d'ébauche de travail.

Par sondage, on recueille quelques cc. d'une urine trouble qui se prend en masse à l'Esbach.

Nous faisons une saignée de 400 gr. et administrons après lavement évacuant 6 gr. de chloral en lavement et instituons en plus au bout d'une heure la méthode de Stroganoff.

Malgré ce traitement, les crises se succèdent de plus en plus violentes, espacées de vingt à vingt-cinq minutes.

Le coma est absolu.

A 6 heures du soir, la pression sanguine est de 12/20, le pouls s'accélère. Les battements fœtaux étant bons, nous décidons, vu l'état maternel, de procéder à l'évacuation de l'utérus par dilatation sous rachi.

Grâce à quelques bouffées de chlore, la rachi peut s'effectuer facilement. Injection entre la troisième et quatrième lombaire de 8 cc. de scurocaïne.

Vulve et vagin très souples.

Avec grande peine, nous obtenons, au bout de dix minutes une dilatation de un franc de l'orifice externe. Le col reste épais et offre une résistance tout à fait anormale. En aucun point, le doigt ne perçoit de tissu cicatriciel ; l'orifice interne qui permet difficilement l'introduction de l'extrémité du doigt, offre une consistance particulière ; on a l'impression très nette que là siège un anneau de contraction qu'il ne nous paraît pas possible de vaincre.

La dilatation fœtale restant bonne, nous décidons de pratiquer une césarienne suprasymphysaire que nous commençons une demi-heure après sous une légère narcose au balsoforme, après attouchement du canal cervical au Carrel pur et sondage vésical qui ramène à peine quelques cc. d'urine opaque.

Technique de Krœnig Beck ; dès la section du S. I., après refoulement difficile d'une vessie encombrante et section d'un péritoine très lâche, un abondant saignement se produit. Section longitudinale du S. I.

L'extraction de l'enfant est difficile, surtout en ce qui concerne l'épaule antérieure qui semble vraiment retenue par une zone de contraction de la partie juxta-segmentaire du corps utérin.

Au demeurant, le segment inférieur est plutôt petit et épais.

Le fœtus, de 3 kg 030, crie immédiatement. Délivrance complète très facile. Fermeture habituelle.

Durant la nuit et la matinée suivante, neuf crises se produisent encore ; le coma est beaucoup moins profond et la malade dans un état d'agitation extrême se roule dans son lit et tombe même de celui-ci. Du pantapon injecté agit peu.

J'avais quelques appréhensions pour les suites opératoires et pour l'état de mes sutures.

Vingt-quatre heures après l'intervention, les crises, diurèse abondante ; température 37°5 qui n'a jamais été dépassée.

Pendant toute la semaine, la malade fut en proie à du délire, très agitée, mais présentant une grande logique quant à son idée délirante prédominante.

Huit jours après l'opération, la malade redevient tout à fait consciente. A l'ablation des crins, il y a désunion de la plaie cutanée sur une longueur de 2 centimètres.

La malade quitte la Maternité dix-sept jours après l'intervention.

Le résultat avait donc, en tous points, dépassé nos plus modestes espérances.

OBSERVATION N° 2

par M. A. Autier de Maubeuge

(Bul. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1928)

Césarienne abd. pour éclampsie au cours du 9^e mois de la grossesse.

Une primipare est prise pendant le 9^e mois de crise d'éclampsie. Elle n'avait pas consulté jusque là. Son médecin lui fait une large saignée. Elle ne reprend pas connaissance et est envoyée à l'hôpital de Maubeuge dans mon service. Elle est sans connaissance, mais n'a plus de crises convulsives ; dans l'après-midi, elle a trois crises, malgré le chloral. Elle n'a aucun début de travail.

L'analyse des urines donne une quantité énorme d'albumine. Le dépôt dans le tube d'Esbach dépasse de beaucoup la graduation. T. art. Mx = 18 Pachon double brassard.

Je n'ai pas de renseignements précis sur la malade qui est dans le coma et dont la famille est absente. Mais l'utérus remonte aux fausses côtes et, d'après les renseignements fournis par les parents, la femme serait dans son neuvième mois.

La malade est très agitée et l'auscultation est très difficile. Je crois entendre le cœur fœtal.

Etant donné l'absence de tout début de travail, je décide de faire une césarienne le soir. Césarienne corporéale classique, mais liquide vert et enfant mort, cyanosé.

Depuis lors, plus de crises. La malade a repris connaissance le lendemain matin et l'albumine a complètement disparu 48 heures après la césarienne.

Suites normales apyrétiques.

OBSERVATION N° 3

par Vanverts J., Résumé

Eclampsie; césarienne abdominale conservatrice; guérison.

L'absence du travail chez une multipare qui présentait des œdèmes généralisés, l'absence d'engagement, le gros volume de l'enfant, l'existence d'accès convulsifs fréquents me détournèrent de la rachi-anesthésie et de l'accouchement par les voies naturelles et me firent préférer la césarienne abdominale. Je n'ignore pas que cette opération n'est guère goûtée par les accoucheurs français en cas d'éclampsie ; mais les circonstances étaient telles que je crus devoir y recourir. Les résultats, tant pour la mère que pour l'enfant, me prouvèrent que j'avais eu raison.

OBSERVATION N° 4

Service du Professeur Brindeau, le 14 décembre 1931

Césarienne abdominale supra-symphysaire chez une femme éclamptique ayant présenté 5 crises convulsives depuis 12 heures et de l'amaurose.

Mme C. J..., âgée de 30 ans, primipare, n'aurait pas eu d'albumine quand elle a été examinée, mais avait une tension artérielle de 20. L'enfant, de 8 mois, est vivant, c'est pourquoi on choisit la voie abdominale.

Laparatomie médiane sous-ombilicale, ouverture du S. Inf. Extraction facile. Enfant du sexe masculin vivant, pesant 1.990 gr. Suture du S. Inf. suivant le procédé habituel. On est très gêné par ce point que la femme saigne par chaque point perforant. L'hémostase finit cependant par être bonne. Fermeture du S. Inf. Péritonisation. Fermeture de la paroi en 3 plans. L'opération n'a présenté aucune difficulté, l'hémostase mise à part.

OBSERVATION N° 5

Service du Professeur Brindeau, 29 novembre 1931

Césarienne basse pour éclampsie au cours du travail.

Mme J. M..., âgée de 40 ans, primipare, dernières règles le 22 février 1931. Examinée le 28 novembre, présente une dilatation de 50 c. avec membranes rompues et une bosse séro-sanguine. Le 29 novembre, à 11 h. 55, dilatation 1 fr. Col épais, à 7 h. dilatation 2 fr. B. d. c. ++ à 10 h. 35, la malade fait une crise d'éclampsie. T. A. Vaquez 15. Urine albumineuse. Dilatation petite paume. B d c Brès.

A 11 h. 15, on fait une césarienne basse pour éclampsie au cours du travail. Anesthésie au chloroforme, laparotomie médiane sous-ombilicale. Décollement du péritoine ; incision au niveau du S. Inf. 11 h. 45 extraction facile d'un garçon pesant 3.850 gr., ranimé après 10 minutes. Délivrance par extraction facile. Suture de l'utérus en 2 plans. Fermeture de la paroi suivant le procédé habituel. Injection d'une ampoule d'hypophyse.

OBSERVATION N° 6

Service du Professeur Brindeau, 13 septembre 1929

Césarienne basse chez une primipare âgée de 23 ans, présentant une grosse hypertension 24-12, albuminurie massive et une rétinite albuminurique.

Incision sous-ombilicale, on arrive sur le segment inf., décollement du péritoine qui est extrêmement mince. Section du S. Inf., aucune hémorragie. Extraction facile d'un enfant du sexe masculin pesant 2.230 gr., qui a souffert, comme le témoigne le liquide teinté de méconium. Délivrance par expression. Suture du S. Inf. par points séparés et surjet. Le péritoine déchiré à l'extraction de l'enfant. Réfection du péritoine, on a cependant une certaine difficulté pour ramener le feuillet inférieur péritonéal. Fermeture de la paroi en 3 plans suivant la technique habituelle, surjet sur l'aponévrose, agraphes et crins pour la paroi.

Rachianesthésie avec bons résultats.

OBSERVATION N° 7

Service du Professeur Brindeau, 7 avril 1930

Césarienne basse chez une primipare présentant les signes d'éclampsisme.

Mme B. E..., âgée de 24 ans, primipare à terme, est envoyée dans le service par son médecin le 7 avril 1930, pour albuminurie massive, 7 gr. Membranes rompues depuis 9 heures (infection amniotique). Col largement dilatable à 2 francs. Tête engagée à la partie moyenne, tension artérielle au Vaquez 17-9, temp. 37°5. Signes d'éclampsisme. Gros enfant à terme. M. le Professeur Brindeau conseille d'intervenir par la césarienne basse. Anesthésie rachidienne ; incision médiane sous-ombilicale, incision transversale du péritoine supérieur (vertical). Segment inf. bien formé. Extraction d'un garçon vivant, pesant 4.430 gr., assez difficile. Hémorragie un peu plus importante que d'habitude. Injection d'hypophyse dans la paroi utérine à 2 plans. Péritonisation facile. Fermeture de la paroi en 3 plans.

OBSERVATION N° 8

*publiée par le Docteur Van Gauwenberghe
(Bruxelles Méd., 9 janvier 1927)*

Césarienne pratiquée pour mettre fin à des crises d'éclampsisme grave.

Primipare de 22 ans, sans antécédents héréditaires, réglée à 15 ans, n'ayant jamais été malade. Le début de la grossesse semble avoir été normal. Vers 8 mois, je fus appelé par le médecin traitant, pour donner mon avis au sujet du régime à suivre. La malade vomissait très fréquemment, souffrait beaucoup de la tête et avait un peu d'œdème des malléoles et des jambes. La figure était un peu bouffie, la pression sanguine 17-9 au Vaquez. Les voies digestives en assez mauvais état, il y avait de la constipation. Je trouvai un peu d'albumine dans les urines, recommandai le repos absolu au lit, des diurétiques, des lavements, le régime lacté et un examen régulier

des urines. L'état s'améliora, mais, vers huit mois et demi, il y eut une rechute grave. L'urine, très peu abondante, renfermait plus d'albumine qu'en pouvait indiquer l'échelle graduée du tube d'Esbach. Les maux de tête étaient violents, les vomissements très fréquents suivaient immédiatement l'ingestion de n'importe quel liquide. Il y avait de l'œdème très marqué des membres inférieurs et du bas-ventre. Le col était ramolli et perméable au doigt. Je fis administrer un lavement de chloral et décidai de faire transporter la malade à la clinique pour lui faire une césarienne, afin de prévenir une crise d'éclampsie qui semblait imminente. Je ne fis pas de saignée, comptant sur la perte de sang qui accompagnerait l'intervention.

L'opération se fit dans des conditions excellentes. Anesthésie à l'éther, une injection de gynugène au moment de l'incision. J'eus recours à la césarienne haute, classique, le cas semblait tout à fait pur. Il n'y avait qu'un toucher et la poche des eaux était intacte. Après l'extraction d'un enfant bien vivant de 2.700 gr. et du placenta, je fis une suture avec surjet sans aucun drainage.

Les suites opératoires furent absolument apyrétiques. Immédiatement après l'intervention, les maux de tête disparurent, les reins recommencèrent à fonctionner. La quantité d'albumine diminua très rapidement. Après quelques semaines d'un régime sévère, l'état général étant absolument normal et l'utérus, bien contracté, se retrouvait libre et indolore, en position physiologique.

CONCLUSION

De cette étude du traitement de l'éclampsie par la césarienne abdominale basse, nous concluons que :

1° L'éclampsie fait le plus souvent suite à une albuminurie gravidique existant depuis plusieurs jours ou quelques semaines. On peut l'éviter dans une certaine mesure par un contrôle régulier des urines, de la pression sanguine, etc..., au cours de la grossesse.

2° Dans le cas d'albuminurie gravidique non influencée par le régime lacté absolu et le repos au lit, il est indiqué d'interrompre la grossesse.

3° Lorsque la crise d'éclampsie est constituée, l'indication la plus absolue est de terminer l'accouchement le plus rapidement possible. Cette indication se pose, quelque soit l'âge de la grossesse, étant donné que l'éclampsie est le plus souvent un accident des derniers mois.

4° Le facteur essentiel de l'éclampsie se trouve dans le placenta et, dans le traitement de l'éclampsie, le placenta doit être éliminé. Mais il est indispensable, pour que le succès soit complet, que son élimination soit précoce et obtenue par des procédés qui n'excitent pas la contraction de l'utérus.

5° Si on compare les diverses méthodes d'évacuation rapide de l'utérus au cours de la grossesse, la césarienne basse nous paraît l'opération de choix.

6° Si l'enfant est non viable ou petit et si l'ampliation du segment inférieur est suffisante, la césarienne vaginale s'impose.

7° D'après les récentes statistiques que nous avons eu l'occasion de relever, nous voyons l'opération césarienne basse donner de bons résultats dans l'éclampsie et qu'on peut espérer avec son emploi diminuer la mortalité maternelle et fœtale si élevée de cette complication de la grossesse.

Vu : *Le Doyen,*
BALHAZARD.

Vu : *Le Président,*
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ. — Les césariennes basses à la maternité de l'Hôpital Lariboisière. Thèse 1929.
- AUTIER. — Césarienne abdominale pour l'éclampsie au cours du 9^e mois de la grossesse.
- BAR. — Leçon de pathologie obstétricale, 1907, T.II.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.
- BERNARD (G.). — Revue Médicale de la Suisse Romaine, Décembre 1928.
- BRINDEAU-BROUHA. — Le pronostic de la césarienne basse (Brux. Méd., Juillet 1930).
- BRINDEAU. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie (1921).
- BRINDEAU. — De la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. (Presse Méd., 10 mars 1926).
- CATHALA. — Revue Française de Gynécologie et Obstétrique. Octobre 1925.
- CHEINISSE. — Presse Médicale, 18 août 1923, 12 septembre 1923.
- GOUINAUD. — Le traitement de l'éclampsie puerpérale (Journ. Méd. Fr. Août 1929).
- DUBRISAY et JANIN. — Précis d'accouchement.
- ESSEN-MÖLLER. — Le traitement de l'éclampsie. (Arch. mens. d'obs. et gyn., 1916).
- HAUCHE. — Traitement de l'éclampsie (Arch. mens. d'obst. et gyn., 1916).

- LAFFONT et JOHIER. — Au sujet de 143 cas d'éclampsie observés à la Maternité d'Alger. (Bul. Sté d'Obst. et Gyn., 1928).
- LLAMES-MASSIMI. — Traitement chirurgical précoce de l'éclampsie. (Gyn. et Obst., T. XV, 1927, p. 340).
- Gynécologie et Obstétrique, T. 27, N° 5, 1930.
- LIEPMANN (W.). — Etiologie und Behandlung der Eclampsie (Zent. f. Gyn., 19 Dec. 1921).
- LIEPMANN et SCHULTZ. — Deutsche Med. Woch. 24 nov. 1921, T. XLVII.
- LEVY-SOLAL et TZANCK. — Nouvelles recherches expérimentales sur la pathogénie et la thérapeutique de l'éclampsie puerpérale (Presse Méd., Août 1923).
- MARSANDON. — Thèse de Bordeaux, 1919-1920.
- MEGGER. — L'accoucheur moderne.
- PASTIELS. — A propos d'un cas d'éclampsie grave traité par césarienne supra-symphysaire, après l'échec de la méthode de Delmas. (Brux. Med. N° 18, 2 mars 1930).
- RUBIN (G.). — Thèse 1928.
- SCHÖNFELD. — Deutsche Medecin Woche (10 mars 1921, T.VII, N° 10).
- SPIREANU. — Traitement de l'éclampsie par l'opération césarienne. (Thèse de Paris, 1928).
- STROGANOFF (B.). — Les résultats du traitement de l'éclampsie avec consultation par téléphone.
- VAN GAUWENBERGH. — Bruxelles Méd., 9 janv. 1927.
- VANVERTS (J.). — Eclampsie ; césarienne abdominale conservatrice ; guérison. (Bul. Sté d'Obst. et de Gyn., Avril 1930, p. 25).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	9
PATHOGENIE	13
TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE	17
<i>Traitement prophylactique</i>	18
<i>Traitement symptomatique</i>	20
<i>Traitement de l'éclampsie par dilatation rapide du</i> <i>col de l'utérus</i>	21
<i>Traitement de l'éclampsie par la césarienne vagi-</i> <i>nale</i>	25
TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PAR LA CESARIENNE	
ABDOMINALE	27
OBSERVATIONS	36
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45

